

Tverrfaglig kommunikasjon

Forslag til forbedring i rutiner ved overføring av pasientinformasjon fra mottak til post ved kirurgisk avdeling, Akershus Universitetssykehus

Prosjektoppgave i Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring
(KLoK) høsten 2008 ved Karin Hellebostad Toft, Camilla Lien Flaten, Rune
Dahl, Inger Lund-Kordahl, Stine Volden og Benedicte Agdestein.

Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for allmenn og samfunnsmedisin,
oktober 2008

INNHold

INNLEDNING	3
BAKGRUNN.....	4
KUNNSKAPSGRUNNLAG.....	5
ET PROBLEM?	5
<i>Hyppig årsak til dårlig pleie og dødsfall</i>	<i>6</i>
<i>Effektivitetsproblem.....</i>	<i>6</i>
HVOR STORT ER PROBLEMET?	6
HVORFOR GJØRE NOE MED DET?.....	7
FORBEDRINGS ARBEIDET.....	8
OBSERVASJONER OG PRAKSIS	8
<i>Praksis i dag (2008).....</i>	<i>8</i>
INDIKATORVALG	9
TILTAK	11
SBAR	12
PROSESSER OG ORGANISERING AV BEDRE PRAKSIS.....	15
<i>Fig 1. PDSA-sirkelen.....</i>	<i>16</i>
FORVENTET MOTSTAND OG BARRIERER.....	17
ÅRSAKER TIL MOTSTAND:	17
EVALUERING.....	18
DISKUSJON.....	19
SMÅGRUPPENS PROSESS.....
KONKLUSJON
REFERANSER.....	21

Innledning

Bakgrunn: Vi har tatt utgangspunkt i en rapport fra Helsetilsynet etter et tilsyn de gjennomførte ved gastrokirurgisk avdeling på Akershus Universitetssykehus (Ahus) i 2005. Rapporten konkluderer med at det foreligger svikt i informasjonsflyten når pasienter flyttes fra mottak til gastrokirurgisk avdeling på kveld og natt.

Svikt i kommunikasjon og informasjonsflyt mellom de som deltar i behandlingen av pasienter har vist seg å være en viktig årsak til feilbehandling og uheldige hendelser i helsevesenet. Vi har ved hjelp av søk i Pubmed, funnet flere studier som viser at kommunikasjonssvikt og diskontinuitet i oppfølgingen av pasienter er en vanlig årsak til feil i pasientbehandling. Vi fant også at dårlige handoff-rutiner nedsetter effektiviteten i arbeidet.

Indikator: Som indikator har vi valgt å bruke Global Trigger Tool (GTT). Dette er et verktøy for å avdekke feil i helsevesenet ved å gå igjennom et utvalg pasientjournaler med jevne mellomrom. De journalene som inneholder bestemte triggere leses ekstra nøye for å finne en eventuell feil. GTT er allerede implementert på Ahus, og det er således mulig å bruke dette til å evaluere innføring av nye rutiner.

Tiltak: Kommunikasjonsverktøyet SBAR danner grunnlaget for vårt forslag til forbedringsarbeid. Dette verktøyet danner et rammeverk for tverrfaglig kommunikasjon, og består av punktene *Situation – Background – Assessment – Recommendations*. Ved å følge et slikt standardisert oppsett, vil kommunikasjonen bli mer strukturert og nøyaktig. Vi tenker oss verktøyet som en mal i DIPS, som mottakende lege fyller ut ved innkomst, slik at viktig informasjon om pasienten blir tilgjengelig for pleiepersonalet umiddelbart..

Prosess : Vi har valgt å tilnærme oss implementering av tiltaket i henhold til PDSA-sirkelen og de tre kjernespørsmålene formulert som Langley, Nolan, Nolans metode. I tillegg har vi brukt litteratur om ledelse for å kartlegge forventet motstand mot implementering av kvalitetsforbedringstiltak, for bedre å kunne håndtere dette.

Resultater: Vårt kvalitetsforbedringsforslag kan evalueres på ulike nivåer, og i tillegg til vår valgte indikator ”Trigger-tool”, kan man evaluere tiltaket med pasienttilfredshetsundersøkelser, medarbeidertilfredshetsundersøkelser og undersøkelser med hensyn til nedgang i antall callinger og om tiltaket blir gjennomført.

Vurdering: I oppgaven har vi tatt utgangspunkt i et avvik påpekt av helsetilsynet. Litteraturen viser også til at kommunikasjonsproblemer fører til potensielt fatale feil i helsevesenet. Innføring av et standardskjema for avkrysning er et dokumentert, enkelt og billig tiltak. Det vil kunne gi et mer effektivt system, færre feil og økt pasientsikkerhet. Som alltid ved innføring av nye rutiner i store organisasjoner, vil man måtte forvente motstand fra de impliserte aktører. Dette fordrer god planlegging og godt samarbeid med ansvarlige ledere, men kommer man gjennom denne prosessen, vurderer vi det til at vårt kvalitetsforbedringsforslag er gjennomførbart.

Bakgrunn

Vi har tatt utgangspunkt i *"Rapport fra tilsyn med kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienter med gastrokirurgiske sykdommer ved Akershus universitetssykehus, kirurgisk avdeling, seksjon for gastroenterologisk kirurgi fra 2005"*, tilsynet ble gjennomført av Helsetilsynet (1).

Avviket er formulert slik: "Sykehuset hadde ikke et system som sikret at sykepleier på sengepost ble informert om de medisinske funn og vurderinger som ble gjort av den/ de leger som undersøkte og vurderte pasienten ved innleggelse. Dette gjaldt særlig om natten." Rapporten konkluderer med at det foreligger svikt i informasjonsflyt når pasienter flyttes fra mottak til gastrokirurgisk avdeling på kveld og natt.

Basert på avviket i tilsynsrapporten, har vi formulert følgende problemstilling:

"Tverrfaglig kommunikasjon - forslag til forbedring i rutiner ved overføring av pasientinformasjon fra mottak til post ved kirurgisk avdeling, Ahus.."

Senere i oppgaven vil overføring av pasientinformasjon omtales som handoff, da dette er det mest brukte begrepet i litteraturen.

Kunnskapsgrunnlag

Et problem?

Rapporten fra Helsetilsynet konkluderer med at det foreligger et avvik i informasjonsflyten.

Avviket er definert i forhold til avvik fra følgende myndighetskrav:

Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-2 (1). Under paragrafen § 2-2 omtales ”Plikt til forsvarlighet” og under § 3-2 omtales ”Journal- og informasjonssystemer”(2).

Et avvik er noe man må forholde seg til. Det er en alvorlig merknad fra Helsetilsynet. Men hvorfor vurderes det som et avvik? Helsetilsynet legger til grunn lover og forskrifter og definerer ut fra dette, men om dette virkelig er et problem i praksis kan kanskje problematiseres Denne problemstillingen kan dog strekkes veldig langt, og vi anser det som for bredt for oppgavens omfang. Derfor velger vi å anse avvik som et problem som vi ønsker å gjøre noe med. . Dette i tråd med at man kan si at det er et problem basert på det faktum at de som står oppe i det på avdelingen identifiserer det som et problem

Med utgangspunkt i forskjellige lover og forskrifter kommer man fram til ulike former for avvik. Det er allikevel ikke alltid avviket er like sterkt begrunnet i en forskrift/lov. Hva legger forskriften/loven til grunn for å kalle noe et avvik? Hvor er retningslinjen med kunnskapsgrunnlag som tilsier at det er et avvik?

Samtidig kan man si at dette er et problem kun basert på det faktum at de som står oppe i det på avdelingen identifiserer det som et problem.

Vi har søkt i Pubmed etter kunnskapsgrunnlag for at dårlig handoff er et problem. Vi fant entydig kunnskapsgrunnlag for at dårlige rutiner rundt handoff er ugunstig med tanke på pasientsikkerhet, samt at problemer knyttet til handoff er et utbredt problem. Vi søkte på Pubmed med søkeordene ”patient handoff” og fikk 25 treff.

Kunnskapsgrunnlaget tilsier at dårlig handoff i hovedsak skaper to problemer. Først og fremst er det ofte årsak til dårligere pasientomsorg og eventuelt død. Det andre er at det bidrar til dårligere effektivitet på sykehusene, noe som til slutt fører til økte kostnader.

Hyppig årsak til dårlig pleie og dødsfall

Kommunikasjonssvikt er en vanlig årsak til utilsiktede pasientskader (3). Mange studier konkluderer med at svikt i tverrfaglig samarbeid enten er hovedårsak eller tilleggsfaktor til feil som skjer. Av de mange ulike årsakene til samarbeidsproblemer, er handoff en hovedårsak (4). Kompleksiteten i pleie koblet med udiskutable begrensninger i menneskelig ytelse gjør det helt nødvendig for klinikere å ha et standardisert kommunikasjonsverktøy (5).

Mange pasienter dør i amerikanske sykehus på grunn av skader som skjer på grunn av feil. Årsaken til dødsfallene er mange. Trivielle feil i kommunikasjonen peker seg ut som en av de vanligste årsakene til uønskede hendelser. En studie har konkludert med at svikt i kommunikasjonen dobbelt så hyppig var årsaken til dødsfall sammenlignet med inkompetanse. Mange av disse skadene kunne vært unngått med bedre kommunikasjon (6).

Effektivitetsproblem

Diskontinuitet i pleie bidrar også til at sykehusoppholdet forlenges (7). Flere ledd i informasjonsflyten i pleien øker antallet lab-tester og øker selvrapporterte uforutsette plager (8). Det skaper også usikkerhet når avgjørelser om pasienter skal tas dersom man har fått mangelfull informasjon. Dette kan føre til ineffektiv pleie idet usikre leger må henvende seg til overordnet lege hyppigere (9).

Hvor stort er problemet?

Før man bestemmer seg for om man skal ta tak i et problem og gjøre noe med det, må man vurdere hvor alvorlig det er og se det i forhold til kostnadene som må inn for å rette på problemet. Det er ikke gjort endringer i rutinene siden avviket ble meldt for 3 år siden. Så vidt vi vet har ikke sykehuset blitt ilagt noen form for sanksjoner. Man kan da spørre seg hvor alvorlig avviket var og er.

For å kunne ha et mål på hvor stort problemet er kunne man spurt personalet om å kvantifisere det med tanke på hvor hyppig det forekommer mangelfull handoff, hvor hyppig uheldige hendelser skjer som følge av det, samt hvor ofte det faktisk har ført til skade. Da vil man få et kvantitativt blikk på hvor stort problemet er lokalt på Ahus. Dette ville gjøre det lettere å se problemet i et kostand-nytte-perspektiv. Antall avviksmeldinger kan også eventuelt undersøkes.

Man kunne på samme måte fått et tall på pasientskade ved å benyttet seg av global trigger-tool (GTT). Dette kommer vi tilbake til senere i oppgaven.

Et mer kvantitativt mål på problemet vil også være nyttig for å underbygge en vellykket effekt og få fart på prosessen.

Hvorfor gjøre noe med det?

På bakgrunn av nevnte problemer med dårligere pleie og nedsatt effektivitet, ønsket vi å forbedre rutinene for handoff mellom mottak og kirurgisk avdeling på Ahus. Satsing på å forbedre handoff-rutiner har vist seg å gi resultater. Studier har vist at man dermed reduserer tiden brukt på handoff i den kliniske hverdag, mengden neglisjert informasjon i handoff-prosessen, og antallet tekniske feil blir redusert (10).

Bedret pasientsikkerhet kommer pasientene til gode. De vil oppleve færre negative hendelser og det vil kunne redusere antall dødsfall.

Helseforetakene vil sannsynligvis få en reduksjon av kostnader idet liggetid og antall repeterte blodprøver blir redusert (7-9). Man kan også tenke seg at utgifter til overtidsbetaling blir mindre som resultat av mer effektivt arbeid.

For å få gjennomført et prosjekt, må de som opplever at de får mer merarbeid samtidig oppleve en gevinst. Selv om legene vil oppleve merarbeid i form av utfylling av et ekstra skjema, vil de totalt spare tid med en satsning på prosjektet. Bedret handoff fører til færre henvendelser mellom lege og sykepleier over telefon eller calling - noe som vil virke svært tidsbesparende (7-9).

Forbedringsarbeidet

Observasjoner og praksis

For å skaffe oss informasjon om praksis har vi tatt kontakt med personalet på post og personale i mottak, og turnuslege ved kirurgisk avdeling, med tanke på deres erfaringer og forslag til eventuelle tiltak som kunne forbedret praksis. Personalet på post har blitt spurt om det er noe informasjon de savner å få vedrørende pasientene. Dette for å konkretisere hvilke konsekvenser avviket som er påpekt har. Vi har også egne erfaringer ved at noen av oss har jobbet ved sykehuset og på gastrokirurgisk avdeling noen år og er godt kjent med rutinene.

Problemstillingen er basert på avvik som er påpekt av helsetilsynet i 2005 etter tilsyn ved gastrokirurgisk avdeling (1). Det ble påpekt at det ikke ble gitt tilstrekkelig informasjon fra lege i mottak til personale på post på kveld og natt.

Tilsvaret fra seksjonsoverlegen til Helsetilsynet inneholdt tiltak hvor journalskrivende lege skulle skrive et kortfattet journalnotat inn i DIPS om medisinske funn og vurderinger som ble gjort samt hvilke tiltak som umiddelbart skulle iverksettes.

Praksis i dag (2008) er uendret fra hvordan det fungerte før avviket ble påpekt i 2005. Det vil si at lege i mottak dikterer innkomstjournal som så skrives. I avviket påpekes det at det ikke er skrive-tjeneste ved kirurgisk avdeling mellom 21.30 og 07.00. Det er fortsatt ikke skrive-tjeneste tilgjengelig 24 timer i døgnet.

I dag får personalet på post informasjon om pasienten via logistikkavdelingen på sykehuset før pasienten ankommer sengeposten. Tidligere ble pasienten meldt til sengepost av personalet i mottak, dette var situasjonen på det tidspunktet avviket ble påpekt. Det er dermed blitt lagt til enda et ledd som informasjonen skal innom før pasienten blir meldt til posten. Fra sykepleiere på post har vi forstått det slik at informasjonen de får om pasienten i dag er enda mer mangelfull enn da avviket ble meldt. Vi har fått eksempler på at avdelingen får meldt diagnoser som ikke stemmer med innleggelsesårsak, og at informasjonen om pasientens kliniske tilstand er feil. De savner også informasjon om eventuelle undersøkelser er bestilt

eller om pasienten har vært til undersøkelser før de kommer til posten. Mangel på informasjon har ifølge sykepleierne ført til at de i større grad må ta kontakt med vakthavende lege. I den forbindelse har vi undersøkt med IKT-avdelingen på Ahus, og i følge dem er det mulig å registrere antall henvendelser på vaktcallingen og evt registrere en nedgang hvis vårt tiltak hadde blitt gjennomført.

På alle kirurgiske pasienter fylles det ut et såkalt ”grønnskjema” i akuttmottaket som egentlig er en henvisning til operasjon eller undersøkelse som krever anestesi. De øverste delene av skjemaet fylles ut slik at man ved et eventuelt inngrep må man bare fylle inn planlagt inngrep, forventet varighet og spesielle beskjeder til operasjonsavdelingen.

Den første delen av skjemaet inneholder informasjon om pasientens høyde, vekt, puls, blodtrykk, temperatur, hvor lenge han/hun har vært fastende. Lege i mottak skal også ved hjelp av avkrysning angi om pasienten har sykdommer i kretsløpsorganer, respirasjonsorganer, nyre/lever/tarm, stoffskifte/blod og skjelett/muskel/nerve. Dette er ren avkrysning som ikke gir informasjon om alvorlighetsgrad eller omfang av lidelsene. Det oppgis også om pasienten har hatt tidligere anestesikomplikasjoner, allergier eller allergisk manifestasjon og pasientens medikamenter med dosering..

På kurvearket som skrives for hånd av legen i mottaket er det informasjon om pasientens medikamenter og dosering av disse. Det kan også oppgis diagnose, eventuelt tidligere sykdommer av betydning og et cave felt. Bak på kurvearket skal det fylles inn om pasienten skal faste eller eventuell type kost og eventuelle væskeordinasjoner.

Papirene som følger pasienten på post er kurveark og grønnskjema. Pleiepersonalet i mottak skriver også en rapport som foreligger i DIPS.

Det foreligger dermed ingen informasjon direkte fra mottagende lege om funn og vurderinger som er gjort vedrørende pasienten som personalet på posten kan benytte seg av på kveld og natt.

Indikatorvalg

En indikator for kvalitet i helsetjenesten er måling av harde endepunkter. Med harde endepunkter menes død, varige mén og forlenget sykehusopphold for pasienter. Global Trigger Tool, GTT,(11) er et verktøy som er utviklet for å måle dette. Verktøyet bygger på jevnlig granskning av et visst antall utvalgte journaler ved et sykehus, og vha systematisk leting etter triggere som kan indikere et mulig avvik fra det vanlige pasientforløpet finner man negative hendelser. Deretter bedømmer man om hendelsene er mulige å unngå, og hvis de er det, betegnes de pleieskader

Det er et nøkkelpunkt at det er antall skader, og ikke antall feil, som registreres. Tradisjonelt bygger målinger av negative hendelser på rapportering. Undersøkelser viser at kun 10-20 % av negative hendelser blir rapportert, og av disse fører 90-95 % ikke til skade (11). Følgelig trengs et bedre verktøy for å identifisere hendelser som fører til pleieskader. GTT gjør dette ved å systematisk registrere frekvensen av pasientskader over tid, og ved å ta stilling til om skadene er mulige å unngå, registreres de såkalte pleieskadene.

På denne måten ekskluderes avvik som ikke fører til skade, samtidig som at harde endepunkter som ikke skyldes feil eller avvik inkluderes. Her kommer muligheten for at skaden kan unngås inn, og sannsynligheten for at skaden kan unngås deles inn i 6 sannsynlighetskategorier, hvorav de tre kategoriene med størst sannsynlighet regnes med som pleieskader. Dette er de skadene som kan forebygges ved hjelp av tiltak.

Et sett med regler er laget for hvordan man skal bruke GTT, og disse omfatter at minst 20 pasientjournaler ved hvert sykehus skal granskes hver måned, disse skal være tilfeldig valgt, komplette med diagnoser, pasienten skal være innlagt minst 24 timer, og oppholdet skal være minst 30 dager siden. Hver journal skal kun granskes i 20 minutter, og det skal gis grundig opplæring i selve granskningsprosessen.

Metoden for å finne skadene bygger på at en rekke triggere skal vekke granskerens oppmerksomhet slik at vedkommende går grundigere gjennom journalen. Eksempler på slike triggere kan være blodtransfusjon, slag på sykehus, positiv blodkultur under oppholdet, fall, reinnleggelse innen 30 dager, enhver infeksjon oppstått på sykehus, overflytting til høyere pleienivå, INR over 6 og glukose under 3, bruk av antidot til morfin eller benzodiazepin.

En positiv trigger i journalen indikerer at en skade kan ha funnet sted. I så fall granskes journalen nøye etter skader den gitte triggeren kan ha forårsaket, som blødning eller

hemoglobinfall ved funn av INR > 6, men innenfor tidsbegrensningen på 20 minutter. I fravær av skade fortsetter granskningen.

I prinsippet kan GTT brukes som indikator for å se på alle kvalitetsforbedringstiltak på sykehus. Når opplegget gjennomføres over tid, kan man måle endringer i negative hendelser og i lys av det evaluere forskjellige tiltak gjennomført på sykehus.

Måling av pasientskader er en bra indikator på kvalitet i helsetjenesten, og kan sees på som en gullstandard for å evaluere kvalitetsforbedringstiltak. Pasientskader er absolutt en målbar størrelse vha GTT, og metoden er allerede tatt i bruk ved Ahus. GTT er en pålitelig metode til å måle pasientskader så sant den brukes forskriftsmessig. Metoden bygger på stikkprøver, og vil selvsagt ikke registrere alle skader, men så lenge journalene velges ut tilfeldig, og opplegget gjennomføres konsekvent, vil et representativt utvalg bli analysert, og på grunnlag av det kan det totale antallet skader estimeres.

En mulig svakhet ved GTT er hvor sensitivt verktøyet er for å slå ut på små, gunstige endringer. Vi anser det som sannsynlig at endringer som fører til bedre kvalitet i form av tilfredshet blant pasienter og ansatte kanskje ikke vil gi utslag i en reduksjon av harde endepunkter.

Hvis GTT viser en markant nedgang i harde endepunkter etter innføringen av et tiltak, må en anta at det skyldes en positiv effekt av tiltaket. Det sier likevel ikke noe om årsak i seg selv, og bør suppleres av et verktøy som analyserer årsakene til negative hendelser, f.eks. Root cause analysis (12) Det fører for langt å gå inn på dette i denne oppgaven.

Tiltak

Vi har valgt kommunikasjonsverktøyet SBAR som grunnlag for vårt forslag til kvalitetsforbedring. For å finne kunnskapsgrunnlag for dette tiltaket, søkte vi på ”overføring av pasientinformasjon” og ”patient handoff” i Google og Pubmed, og kom frem til SBAR som

den best dokumenterte løsningen. SBAR er utarbeidet av Dr Leonard mfl. ved amerikanske *Kaiser Permanente of Colorado* og danner et rammeverk for hvordan tverrfaglig kommunikasjon angående pasienters tilstand kan foregå (13). Teknikken bidrar til en konkret og fokusert form for kommunikasjon, noe som er essensielt i et tverrfaglig samarbeid, og i et miljø der pasientsikkerheten står i fokus (13;14)

SBAR består av følgende punkter:

- *Situation*: Konkret beskrivelse av problemet.
- *Background*: Kort beskrivelse av pasientens bakgrunn.
- *Assessment*: Vurdering av pasientens tilstand.
- *Recommendations*: Videre tiltak.

Ahus har som mål å bli et papirløst sykehus, så vi ønsket å finne en løsning i tråd med dette. SBAR er opprinnelig et verktøy for å standardisere muntlig overføring av pasientinformasjon (13;15) men det også videreutviklet for skriftlig bruk. Vi tenker oss at komponentene i modellen kan brukes i en mal i DIPS, som mottakende lege fyller ut med en gang etter at pasienten er tatt i mot. På den måten blir informasjonen umiddelbart tilgjengelig for alle involverte. Det er viktig at komponentene ikke blir for omfattende, men kun tar med informasjon som er nødvendig for det nærmeste døgnet. På de fleste punktene trenger man kun å krysse av for det riktige alternativet, slik at det vil gå relativt raskt å fylle ut skjemaet. Vi går ut fra at grønnskjemaet fortsatt skal benyttes, slik at vi unngår å ta med komponenter i malen vår som overlapper med noen i dette skjemaet.

SBAR

Vårt forslag til komponentene i DIPS-malen er som følger:

- **S**: Innleggelsesårsak _____
- **B**: Tilleggssykdommer (Nei/Ja____se grønnskjema)
- **A**: Vurdering:
 - o Pasientens tilstand
 - Våken (ja/nei)
 - Somnolent, men lett vekkbare (ja/nei)
 - Orientert (ja/delvis/nei)
 - Smertepåvirket (svært/moderat/lite)
 - Kvalme (ja/nei)

- Oppkast (ja/nei)
- Hydreringsgrad (god/dårlig)
- Sirkulatorisk påvirket (ja, hvordan _____/nei)
- Respiratorisk påvirket (ja, hvordan _____/nei)
- Relevante kliniske funn _____
- Vurdering/tentativ diagnose _____
- **R: Tiltak:**
 - Faste (ja, fra kl ____/nei)
 - Diettrestriksjon (ja, hvilke _____/nei)
 - Igangsette ordinerte medikamenter umiddelbart ved ankomst post (ja/nei, kan vente til medisinerunde)
 - Planlagte undersøkelser (ja, hvilke _____/nei)
 - Gjennomførte undersøkelser (ja, hvilke _____/nei)

Det er mange fordeler med en slik standardisert form for informasjonsoverføring. Årlig blir mange pasienter skadet på grunn av feil i den medisinske behandlingen. Studier har vist at kommunikasjonsproblemer er en viktig årsak til at det begås feil i helsevesenet, og at dette er et område med rom for forbedring (3;14;15). Slik som situasjonen for vårt tilfelle er i dag, er informasjonsoverføringen svært personavhengig. Kommunikasjonen vår påvirkes av mange faktorer rundt oss, som for eksempel kultur, språk, kjønn, makt, hierarki og tidligere opplevelser. Alle disse ulike faktorene fører til at vi har vi ulike måter å tenke på og systematisere informasjon på, slik at det vil være svært forskjellig fra person til person hva som vektlegges i handoff-situasjonen (15;16). Informasjonen som overføres blir dermed langt mer tilfeldig enn hva den vil bli med et standardisert skjema. I vårt tilfelle vil innføring av et verktøy for informasjonsoverføring kunne føre til at kommunikasjonen blir mer strukturert og nøyaktig. Dette vil skape en bedre situasjon både for pasient, sykepleier og lege, da kommunikasjonen blir mindre personavhengig og mer forutsigbar (15).

Med et slikt skjema vil legen huske på de viktigste punktene angående pasientenes helsetilstand for hver gang. Sykepleieren vil få den informasjonen som er nødvendig for å ta seg av pasienten de nærmeste timene, og slipper i stor grad og måtte kontakte legen for å spørre om ulike ting. Dette letter dermed belastningen på vakthavende lege. Dessuten vil sykepleieren få bedre oversikt og lettere kunne legge opp vaken sin på en hensiktsmessig måte. Adekvat informasjon fører til en mer målrettet observasjon av pasienten, og pasienten vil raskere kunne få adekvat medikamentell behandling, for eksempel tilfredsstillende smertelindrende behandling, eller oppstart av antibiotika ved infeksjon. Det vil også bli mindre rom for misforståelser samt eventuelle påfølgende forsinkelser, noe som kommer alle parter til gode.

Sammenlagt vil disse faktorene basert på forbedret kommunikasjon, føre til økt effektivitet, færre feil og dermed økt pasientsikkerhet (15).

På den annen side kan utfyllingen av skjemaet føre til større belastning på legene, i hvert fall på kort sikt før systemet er innarbeidet. Dessuten kan skjemaet bli for standardisert og automatisert, slik at enkelte komponenter kan overses.

Det må forventes at det vil oppstå noe motstand mot innføring av skjemaet, spesielt fra leger i mottak som synes de allerede har nok arbeid. Dette kan igjen føre til ufullstendig utfylling av skjemaet som dermed får redusert verdi. Sykepleiere på post kan komme til å synes at det blir for mye og forholde seg til, og at det er tungvint at noe kommer på papir og noe i DIPS.

Ifølge IT-seksjonen på Ahus, vil kostnadene ved å lage skjemaet være små. Hvis skjemaet skal inneholde avkrysningsbokser, må det kjøpes inn ny programvare, da dette ikke allerede eksisterer i DIPS. Dette vil altså medføre noe økte kostnader. Videre må det vurderes i DIPS-optimaliseringsgruppa, og det kan ta opptil et halvt år, avhengig av tiltakets viktighet.

Gjennom vårt arbeid med å finne den beste løsningen, var vi innom flere forskjellige muligheter. F.eks. ved medisinsk avdeling på Ahus fyller mottakende lege ut en prejournal for hånd, med opplysninger om bl.a. aktuelt, kliniske funn, medikamenter og tentativ diagnose. Dette er mange av de samme opplysningene som også burde følge med en kirurgisk pasient, slik at en mulig løsning på problemet kunne være å innføre en slik prejournal. Da vi imidlertid vet at sykehuset ønsker å innføre et papirløst sykehus, fant vi det lite hensiktsmessig med denne løsningen. En annen mulighet hadde vært 24-timers skrivetjeneste, men dette vil sannsynligvis bli en langt mer kostbar løsning.

Vi endte altså opp med at en mal i DIPS vil være den beste løsningen. Den er enkel å utvikle, og bringer ikke store kostnader med seg.

Prosesser og organisering av bedre praksis

Vi har tilnærmet oss implementeringsprosessen etter PDSA-sirkel (17) i tillegg til 3 kjernesporsmål som beskrevet under. Til sammen er kjernesporsmålene og PDSA-sirkelen Langley, Nolan og Nolans metode (18).

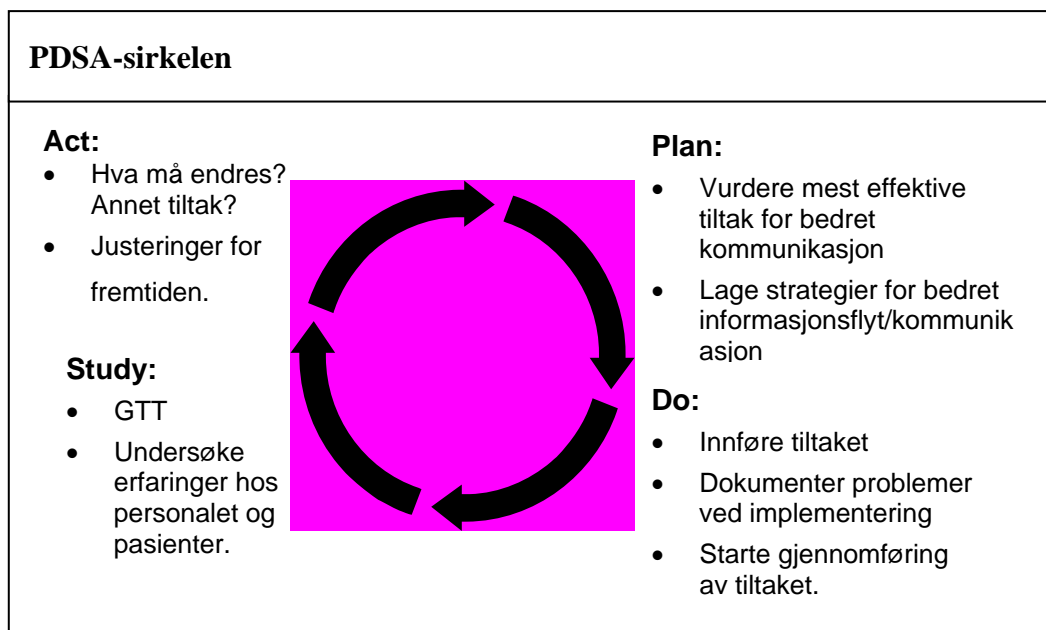
3 kjernesporsmål:

1. Hva vil vi oppnå? Vi ønsker forbedret kvalitet på informasjonen fra leger i akuttmottaket til pleiepersonalet på post om pasienter som innlegges på kirurgisk avdeling, gastroseksjonen, Ahus. Vi tror dette kan føre til bedre kvalitet på behandling og pleie av pasienter og således føre til nedgang av uønskede hendelser.

2. Hvordan kan vi vite at en forandring er en forbedring? Vi ønsker å bruke verktøy som kan måle nedgang i uønskede hendelser. GTT (11) er implementert på Ahus, fra før og vi kjenner i tillegg har man mulighet til å bruke Root-cause analysis (12) for en mer presis årsaksanalyse ift uønskede hendelser. I tillegg ønsker vi å undersøke om personalet på sengeposten føler en positiv endring ift sin arbeidssituasjon og i omsorg, pleie og behandling av pasientene.

3. Hvilke forandringer kan vi gjøre som fører til forbedring? Forbedring krever endring i prosessen med informasjonsflyt når pasienten overføres fra akuttmottak til sengepost. Vi har vurdert tilgjenge forbedringsstiltak, og kommet frem til et enkelt, dokumentert tiltak i form av et standardisert, elektronisk mal i DIPS som skal fylles ut i mottak av legen som har vurdert pasienten. Dette skjemaet inneholder funn, vurderinger og ønskede tiltak på post og vil bli umiddelbart tilgjengelig for pleiepersonalet på sengeposten.

Fig 1. PDSA-sirkelen.



Forventet motstand og barrierer

Både før og under gjennomføring av forbedringstiltak må man forvente at man kan møte motstand mot tiltaket, både på forskjellige nivåer og av ulike årsaker.

Kotter og Schlesinger har beskrevet 4 årsaker til motstand mot forandring, og 6 tilnærminger til hvordan man kan forsøke møte denne motstanden: (19)

Årsaker til motstand:

1. Egeninteresse – Noen ansatte kan være mer opptatt av hvordan en evt. forandring vil kunne påvirke deres interesser, enn for hva som er det beste for organisasjonen.
2. Misforståelser – Manglende informasjon, kommunikasjonsproblemer.
3. Lav toleranse for forandring – Noen kan være veldig opptatt av trygghet og stabilitet.
4. Forskjellig forståelse av situasjonen – Noen vil kanskje være uenige i grunnene man har for å forandre noe, og i fordelene og ulempene med forandringsprosessen.

Hvordan møte motstand mot forandring:

1. Undervisning og kommunikasjon – Dette hjelper de ansatte til å se logikken i forandringen, og bidrar til å redusere feilaktige rykter om konsekvensene.
2. Deltagelse og involvering – Ved involvering i prosessen vil man kanskje oppnå at de ansatte vil ha forandring, snarere enn å motsette seg det.
3. Tilrettelegging og støtte – Ved tilpasningsproblemer kan potensiell motstand unngås ved å støtte opp om ansatte som er redd for effektene av forandringen.

4. Forhandling og enighet – Når noen føler de vil komme dårlig ut pga. forandringen, kan motstand forebygges ved å tilby incentiver som for eksempel veto-rett i forhold til deler av forandringen de føler særlig truende.

5. Manipulering og innvelgelse – Når andre taktikker slår feil, kan man bevisst velge motstandere av forandringen til symbolske roller i beslutningsprosessen, uten at de kan forkludre selve prosessen.

6. Eksplisitt og implisitt tvang – Som siste utvei kan ledelsen tvinge de ansatte til å akseptere forandringen med trusler om oppsigelser osv.

Alle disse barrierene vil vårt forbedringstiltak potensielt kunne møte, og de nevnte taktikker vil kunne brukes til å forebygge konflikter eller svare på motstanden om den kommer.

Evaluering

.

Ved valg av indikator, vurderte vi flere ulike indikatorer, og tildels indikatorer på ulike nivåer. Noe av dette tenker vi kan brukes i en evt. evaluering skulle vårt forslag til forbedringsarbeid bli implementert.

Som evaluering av det harde endepunktet ”antall skader”, som vi kan se på som et slags overordnet mål på forbedring av praksis, mener vi vår valgte indikator GTT (11) egner seg godt. Vi innser begrensningene i dette verktøyet med at det avdekker skader, men ikke sier noe om årsakene til skadene, men en nedgang i antall skader fra ”baseline” etter evt implementering av vårt tiltak, vil likevel i sterk grad indikere positiv effekt av tiltaket.

I tillegg til at et sykehus skal unngå unødige skader, er pasienttilfredshet et moment som tillegges stadig mer vekt i dagens helsevesen. Pasienttilfredshetsundersøkelser kan derfor være en god evaluering av tiltaket på neste nivå. Vi tenker oss da et standardisert spørreskjema til et gitt antall pasienter før og etter tiltaket blir iverksatt. Generell tilfredshet

med oppholdet på sykehuset, og mer spesielt opplevd smerte, vil være aktuelle temaer på et slikt skjema. En forskjell i tilfredshet før og etter implementering vil kunne fortelle noe om effekten av tiltaket.

Hvordan de ansatte opplever arbeidsdagen sin, vil kunne ha innvirkning på begge de ovennevnte evalueringsnivåene. En medarbeidertilfredshetsundersøkelse over samme lest som undersøkelsen for pasientene, med særlig vekt på behandlingsmessige aspekter, vil derfor også være en aktuell evaluering av tiltakets resultater.

Noe som også går på de ansattes hverdag, er tid brukt på kommunikasjon, altså hvor effektiv kommunikasjonen er. Som omtalt tidligere, anser vi det som ganske sannsynlig at vårt forbedringsforslag vil kunne føre til en nedgang i telefonisk kontakt, dvs. callinghenvendelser til vakthavende kirurg. Dette kan brukes til å evaluere om forslaget er effektivt, altså at en målt nedgang i antall callinghenvendelser vil være et uttrykk for effektivitet. Både sykepleiere og leger vil sette pris på mindre tid brukt i telefon for kanskje trivielle beskjeder og avklaringer. Vi har diskutert dette med IKT-avdelingen på Ahus, og de kunne fortelle at selv om det per i dag ikke måles trafikk på callinger, er dette teknisk mulig, slik at man kan legge inn trafikkmåling på hvert enkelt callingnummer. En slik evaluering kan være særlig verdifull for at de ansatte kan se en gevinst i form av faktiske tatt og slik øke positivitet og oppslutning om tiltaket. På samme måte vil slik statistikk kanskje gjøre det lettere å selge inn tiltaket til de ansvarligere legene på avdelingen og slik lette implementeringsprosessen.

Et tiltak vil ikke kunne være effektivt om det ikke gjennomføres. En undersøkelse etter implementering om tiltaket faktisk følges opp, vil kunne evaluere dette. Dette kan gjøres på flere måter. Man kan se på alle pasienter som har vært innom avdelingen i løpet av et gitt tidsrom, og se på andel av innleggelsene der tiltaket har vært gjennomført. Alternativt kan man ta stikkprøver på f.eks. 20 pasientjournaler hver måned.

Diskusjon

Som nevnt innledningsvis mener vi at et avvik som påpekes av Helsetilsynet bør tas seriøst på alvor. Det er et reelt problem med rutiner for informasjonsoverlevering mellom mottak og post på kirurgisk avdeling. Imidlertid er praksis i dag (2008) uendret fra før avviket ble påpekt i 2005, uten at det har medført noen form for sanksjoner. Dette kan tyde på at Helsetilsynet

tross alt ikke vurderer avviket som veldig alvorlig. Likevel har vi funnet ut at de ansatte på Ahus oppfatter dette som et problem, og ønsker en forbedring. Vi har også solid dokumentasjon for at kommunikasjonsproblemer fører til potensielt fatale feil og dårlig effektivitet i helsevesenet.

GTT (11) er et godt verktøy for å måle antall skader i helsevesenet, og for å følge en utvikling når man innfører nye rutiner. Metoden er både målbar og pålitelig. Vi lurer likevel på om den er sensitiv nok for vårt formål, særlig hvis hovedeffekten av tiltaket er bedre pasient- og medarbeidertilfredshet. Det kan i så måte være aktuelt med noen tilleggsindikatorer som måler disse faktorene.

Innføring av et standardskjema for avkrysning er et enkelt og billig tiltak. Flere studier viser at standardisert informasjonsoverføring forbedrer kommunikasjonen, og dette gir et mer effektivt system, færre feil og økt pasientsikkerhet. Det største problemet sånn som vi ser det, er barrierene mot innføring. Vi har sett med egne øyne at det er stor motstand blant leger ved innføring av nye rutiner, og det må gjøres mye arbeid i forkant for å overbevise dem om tiltakets nytte. For å lette innføringen av tiltaket har vi brukt etablerte ledelsesteorier for implementeringsprosesser.

På bakgrunn av vårt arbeid mener vi at det ville vært nyttig å implementere vårt skjema i DIPS. Så sant skjemaet blir brukt slik som vi har tenkt, vil dette føre til bedre oppfølging av de kirurgiske pasientene. Så vidt vi forstår innebærer dette lite kostnader for sykehuset. Det burde være mulig å gjennomføre, men krever god planlegging og ikke minst vilje fra de ansvarlige på avdelingen.

Referanser

- (1) Helsetilsynet i Oslo og Akershus. Rapport fra tilsyn med kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienter med gastrokirurgiske sykdommer ved Akershus universitetssykehus, kirurgisk avdeling, seksjon for gastroenterologisk kirurgi. 2005.
- (2) Helse og omsorgsdepartementet. Lov om spesialisthelsetjenesten. 2008 Jan 1.
- (3) Alvarado K, Lee R, Christoffersen E, Fram N, Boblin S, Poole N, et al. Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthc Q* 2006 Oct;9 Spec No:75-9.
- (4) Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med* 2007 Oct 22;167(19):2030-6.
- (5) Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004 Oct;13 Suppl 1:i85-i90.
- (6) Solet DJ, Norvell JM, Rutan GH, Frankel RM. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med* 2005 Dec;80(12):1094-9.
- (7) Lofgren RP, Gottlieb D, Williams RA, Rich EC. Post-call transfer of resident responsibility: its effect on patient care. *J Gen Intern Med* 1990 Nov;5(6):501-5.
- (8) Van Eaton EG, Horvath KD, Lober WB, Pellegrini CA. Organizing the transfer of patient care information: the development of a computerized resident sign-out system. *Surgery* 2004 Jul;136(1):5-13.
- (9) Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care* 2005 Dec;14(6):401-7.
- (10) Catchpole KR, de Leval MR, McEwan A, Pigott N, Elliott MJ, McQuillan A, et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth* 2007 May;17(5):470-8.
- (11) Griffin FA, Classen DC. Detection of adverse events in surgical patients using the Trigger Tool approach. *Qual Saf Health Care* 2008 Aug;17(4):253-8.
- (12) Neily J, Ogrinc G, Mills P, Williams R, Stalhandske E, Bagian J, et al. Using aggregate root cause analysis to improve patient safety. *Jt Comm J Qual Saf* 2003 Aug;29(8):434-9, 381.
- (13) Institute for Healthcare Improvement. SBAR Technique for communication: A situational briefing model. 2008.
Ref Type: Data File
- (14) Joint Commission Perspectives on Patient Safety 2005. The SBAR Technique: Improves communication, enhances patient safety. 2005.

- (15) Haig K SSWJ. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. 2006.
- (16) Bhabra G MSMPeal. An experimental comparison of handover methods. 2007.
- (17) Walley P, Gowland B. Completing the circle: from PD to PDSA. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2004;17(6):349-58.
- (18) Langley NNP. The Improvement guide. 1996.
- (19) Kotter JP, Schlesinger LA. Choosing strategies for change. Harv Bus Rev 1979 Mar;57(2):106-14.
- (20) Kaufmann G, Kaufmann.Astrid. Psykologi i organisasjon og ledelse. 2. utgave ed. Fagbokforlaget.; 1998.
- (21) Medisinske fakultet UiO. KLOK, profesjonsutøvelse. Kunnskapshåndtering,ledelse og kvalitetsforbedring. 2008.

Vedlegg 1:



Rapport fra tilsyn med kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienter med gastrokirurgiske sykdommer ved Akershus universitetssykehus, kirurgisk avdeling, seksjon for gastroenterologisk kirurgi (2005)

Helsetilsynet i Oslo og Akershus

Oppfølging av tilsynet

Ved dette tilsynet ble det konstatert avvik fra lov eller forskrift. Tilsynsmyndigheten har vurdert de tiltakene som er satt i verk som tilstrekkelige. Tilsynet er derfor avsluttet.

Virksomhetens adresse: 1478 Lørenskog

Tidsrom for tilsynet: 8. mars 2005- 6. september 2005

Kontaktperson i virksomheten: Seksjonsoverlege Ola Reiertsen

Regelverk:

- Lov av 30. mars 1984 nr.15 om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Lov av 2. juli 1999 nr.61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.
- Forskrift av 1. desember 2000 om pasientansvarleg lege m.m.
- Forskrift av 21. desember 2000 om pasientjournal
- Forskrift av 20. desember 2002 om internkontroll i helse- og sosialtjenesten

INNHold

Sammendrag

1. Innledning

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

3. Dokumentunderlag

4. Gjennomføring

5. Reviderte områder og funn

6. Deltakere ved tilsynet

Sammendrag

Denne rapporten beskriver de avvik og merknader som ble påpekt innen de reviderte områdene. Systemrevisjonen omfattet følgende områder:

- Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er innlagt i sengepost
- Formidling av resultater fra røntgen- og laboratorieundersøkelser til behandlende lege i hastesituasjoner
- Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er på intensivavdeling
- Opplæring av vikarer, nyansatte og innleid personell
- Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.

Det ble påpekt 3 avvik og 2 merknader.

Sikker og entydig praksis for informasjonsutveksling mellom helsepersonell er viktig for at pasientene skal få nødvendig og riktig behandling. Dette omfattes av kravet til forsvarlig virksomhet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og kravene i internkontrollforskriften om hvordan sykehuset skal sikre at virksomheten drives i tråd med lover og forskrifter.

Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er innlagt i sengepost

På dette området ble det konstatert ett avvik:

- Sykehuset hadde ikke et system som sikret at sykepleier på sengepost ble informert om de medisinske funn og vurderinger som ble gjort av den/ de leger som undersøkte og vurderte pasienten ved innleggelse. Dette gjaldt særlig om natten. (**Avvik 1**)

Det ble også konstatert en merknad:

- Sykehuset hadde ikke sikret en helt entydig og forpliktende praksis for overføring av informasjon fra pleiepersonalet til vakthavende leger på ettermiddagen (**Merknad 1**)

Formidling av resultater fra røntgen- og laboratorieundersøkelser til behandlende lege i hastesituasjoner

På dette området ble det konstatert en merknad:

- Praksis rundt formidling av unormale resultater fra radiolog til behandlende lege kunne vært mer entydig. (**Merknad 2**)

Kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er på intensivavdeling og opplæring av vikarer, nyansatte og innleid personell

Det ble ikke funnet grunnlag for å konstatere avvik eller merknader på disse områdene.

Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient

På dette området ble det konstatert to avvik:

- Sykehuset hadde ikke lagt tilstrekkelig til rette for trygg kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. (**Avvik 2**)
- Journal- og informasjonssystemene sikrer ikke ivaretagelse av sentrale krav knyttet til journalføring av informasjon til pasienten og de ulike ansvarsposisjonene. (**Avvik 3**)

Det er et krav i pasientrettighetsloven at pasienter har rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og den behandling som er gitt. Det er også et krav at dette skal journalføres. Dersom det ikke journalføres vil det ikke være mulig i ettertid å vite sikkert hva slags informasjon som er gitt.

Det er også et krav i helselovgivningen at pasienter på sykehus skal ha utnevnt pasientansvarlig lege, journalansvarlig person og informasjonsansvarlig person. Dette betegnes som ansvarsposisjoner i forhold til pasientene. Det er et krav at det skal journalføres hvem som er pasientansvarlig lege og journalansvarlig person.

Internkontroll

I tilknytning til avvik 1 og merknad 1 og 2 blir det i rapporten påpekt at sykehuset hadde intensjoner om å gjennomføre systematiske risiko- og sårbarhetsanalyser, men at det i liten grad var gjennomført på disse områdene. Det var derfor heller ikke gjort en etterfølgende vurdering av behov for utvikling og forbedring av prosedyrer (muntlige og/ eller skriftlige) eller andre tiltak. Dette er ikke i tråd med bestemmelsene i internkontrollforskriften § 4 f og g.

Dato: 6. september 2005

Sven Anders Haugtomt (sign.)
Revisjonsleder
Solveig Hagelskjær (sign.)
Revisor

Ingvild Aubert
Revisor
Rolv-Ole Lindsetmo (sign.)
Fagrevisor